

# “Disability”をもつ入所者ケアにおける看護師・介護職員の認知

中村陽子

看護学科 臨床看護学講座

## Perceptions among Nurses and Care workers in Care of Residents with “Disability” in Long-Term Care Institutions

NAKAMURA, Yoko

*Department of Clinical Nursing, School of Nursing, University of Fukui*

### Abstract :

**Objectives :** To clarify concept of “disability” on perceptions among nurses and care workers through experiences of clinical working fields of long-term care institutions and to assess perceptions among nurses and care workers in care of residents with “disability”.

**Design :** qualitative and inductive approach by grounded theory approach

**Setting :** 2 long-term care institutions in A city.

**Participants :** 10 numbers of qualified each 5 nurses and care workers over five year careers.

**Results :** Perceptions among nurses and care workers to take care of residents with “disability” were classified from differences to concordance according to the subjects. In the category of point of view in the ways of relation, nurses and care workers expressed fluctuation and resistance in the word of residents with disabilities. They have tried to not only take care of residents with disabilities without bias, but also treat able-bodied person as normalization. Additionally, their underlying caring is independence, support for uncontrollable parts(functions) in ADL/IADL, and acceptance of as a living person. Moreover, job situations for care workers were more satisfied than that of nurses. On the other hand, it turned to be more stressful for care workers because caring for dementia is one of the most difficult cares. However, the most stressful situations were human relations including residents’ families and doctors rather than low wage or demanding work.

**Conclusions :** The findings of this study support education for new faces, and management of personnel or work and health organizations.

**Key Words :** residents with disabilities, perception, nurse, care worker, long-term institution

---

(Received 27 August, 2012 ; accepted 16 October, 2012)

## I. はじめに

日本の高齢化は 1970 年代から始まり、わずか 40 年足らずで世界のどの国も経験していない超高齢社会に達した(国民衛生の動向, 2011)。加えて, 2005 年以降, 後期高齢者人口比が増加し, 2010 年で全人口に占める後期高齢者比は 11.2%, 2015 年で 13.1%, そして 2020 年で 15.3%に達し, 同年に前期と後期高齢者比が逆転すると推計されている(水戸, 2011)。このような後期高齢者数の増加に伴い, 要介護認定の高齢者数も増加の一途を辿っている。2009 年, 介護保険施設に入所している高齢者数は約 85 万人余りであり(介護サービス施設・事業所調査, 2009), 在宅サービス利用者数は, 予防サービス(虚弱高齢者を対象とした)を除いた数で約 290 万人余りであった(介護サービス施設・事業所調査, 2009)。これは 65 歳以上の高齢者数の約 1 割に相当する。このように障害の程度を指し示す要介護は生活障害と同義語と考えられ, それが“Disability”と解釈される。よって, この“Disability”とは, 国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)の生活機能が核になった概念とされ, 生活機能が困難になった状態を障害(disability)として定義づけている(水野敏子, 2011)。

平成 21 年度の介護給付費実態調査によれば, 施設サービス利用者は 2000 年(介護保険制度の発足)から 2009 年の 10 年間で, 利用者数は 52 万から 85 万人へと 65%も増加し, 在宅サービスでは 97 万人から 297 万人へと 206%増となった(<http://www.roushikyo.or.jp>)。このような施設および在宅サービスの利用増加要因には, 2000 年の介護保険制度が見切り発車しながらこの 10 年間で広く社会に周知されるようになったこと, 価値観の多様化で家族のサービス利用に対する抵抗感が薄れ, かつ高齢者人口の増大や家族構成の変革に伴い, 介護人不在や老々介護の増加, および 2005 年の介護保険制度の改正に伴い, 予防と地域密着型サービスが新設され利用に際してより利便性が増したこと等が考えられた。加えて, 高齢者医療費の急騰から生活障害をもつ高齢者の在院期間の短縮に伴い在宅療養へと移行してきている。そのため以前よりも在宅サービスや地域密着型サービスの利用が増加していることも一因として考えられた。このように, 日本社会は人口動

態の変革と共に“Disability”をもつ高齢者を受け入れ, その介護の重要性和介護に対する意識にも大きな変革がおきた。また, 介護認定を受けているこのような高齢者は, 平成 22 年(2010 年)で 487 万人であり, その中で最多が要介護 1・2(ADL の一部介助)であった。年齢階層別では 80 歳以上から認定者が急増している。加えて, 要介護別の原因割合は, 廃用症候群では要支援 1・2(ほとんど自立しているが一部要介助), 要介護 1 の人に多く, さらに要介護 2~5 においては脳血管疾患や認知症者の割合が高かった(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2r985200000>)。この結果から, 加齢や慢性疾患が“Disability”の原因になりうることは統計上でも明らかになった。

老年看護学の施設実習において, 介護保険施設の入所者を対象に 1 週間臨地実習している。実習目的は, このような“Disability”をもつ高齢者理解とその自立への援助である。入所者を通して, “Disability”について考えることは老年期において, 発達課題をどのように克服するか, あるいはそれは心理社会的側面においてもどのような影響を受けるか等をアセスメントして, それを自立ケアへと繋げるのである。しかし, このような“Disability”に関して, ADL/IADL の機能評価ツール等は溢れるくらい存在するが, 機能障害をもつ「人」に関する先行研究は少ない。その中で, ケアに関するものとして満足度調査(Brody, H, 2001, 2002), Disabilityに関する資料研究でDisabilityの減少に関する医療進歩の貢献(Freedman, V.A, 2002; Culter, D.M, 2001), Disabilityと移住との関連性(De Jong, G.Fl, 1995; Conway, 2012), そして職場の組織構造との関連性(Habeck, R.V, 1991; Zhang, F, 2011)等があった。しかし, “Disability”をもつ高齢者ケアに関わる看護師や介護職員のケアに対する認知についての報告は皆無であった。よって, “Disability”をもつ高齢者をどのように捉え, どのような認知でケアをしているか, また看護師と介護職員では認知に相違はあるのか, ないのかを検討することを目的とした。本研究の結果は, 看護師や介護職員の新人教育や指導, および健康管理においての一助になると考える。

## II. 用語の定義

Disability は看護大辞典では能力障害と訳され、日常生活動作を実用性をもって処理し生活を遂行するが、これらの機能低下を指す。能力障害は活動の制限として、健康や心身機能、個人の環境因子、または社会参加について相互に関連する（看護大辞典，2010）。

また、2011 年出版の Journal of Gerontological Nursing では、4 つの概念の特性を指摘している。その特性は、①身体的、感覚的、認知機能的、精神機能的制限、②誰にでも起こりうるもの、③ADL/IADL が困難、④社会的解釈（文化的理解によって相違がある）を掲げ、単に加齢プロセスから起こりうるというより、前駆としての慢性疾患、リスク要因、社会的孤立も深く関連していることを提示している（Greco & Vincent, 2011）。

## III. 研究方法

### 1) 対象者

介護保険施設の勤務している 5 年以上の経験がある看護師と介護福祉士各 5 名とした。それぞれの職務に責任感があり、かつ誠実に職務を遂行できる人とした。

### 2) 対象施設

F 市内およびその近郊の介護保険施設であり、医療機関の実習施設や研究機関として積極的に受け入れている施設とした。

### 3) 期間

施設から研究許可の了承を受けてから、研究 平成 24 年 5 月から 7 月の間でデータ収集を実施した。

### 4) 研究デザイン

質的・帰納的研究；グランデッドセオリアプローチ

### 5) データ収集方法

各介護保険施設の倫理審査を受け、研究の承諾の後に、先ず施設の教育指導者に研究内容に該当する対象者の選択とインタビュースケジュールを依頼した。その後、対象者に研究のインフォームドコンセントを文書と口頭にて行い、同意のサインを得た。インタビューは半構成的質問紙を用いて、聞き取りで実施した。インタビュー前には IC レコーダーの使用の許可を得たが、拒否の場合はインタビュー内容の記録の許可を得た。一人のインタビュー時間は最大 1 時間程度とした。

研究に関しては、事前に施設側が対象者に研究書を配布してくれていたため対象者は研究の主旨は十分理解して、インタビューに参加してくれていた。質問内容は、①入所者のもつ生活障害をどのように捉えているか、②入所者に対してどのようなケアを心がけているか、③人生の最終章に施設生活をしている入所者に対してどのように思うかであった。質問の参考文献は、上述した先行研究を基に作成した。その他、インタビューの流れに応じて、また 2 人目からは分析結果から考えられた仮説に関しても質問に追加しながら聴取した。

### 6) 分析方法

データ分析は、Grounded theory approach（南，1999）の手順に基づいて行った。対象者、一名づつ入所者ケアへの認知に関してのデータから、それぞれ関連するものを他のデータと恒常比較を行いながら意味を解釈し、グルーピングを行い、さらに適合と修正を繰り返しながら理論構築し、抽象化していった。分析時には常に 5W1H を用いて、理論コーディング（理論構築のため）を行い、かつ仮説をもって次の対象者に向かい、問題解決をした。このプロセスを飽和状態になるまで繰り返し実施した。本研究の妥当性に関しては、フィールドで仮説検証を実施することと対象施設でない他の施設の看護師や介護職員と結果を検討した。

### 7) 倫理的配慮

各対象施設に研究計画書を送り、施設内の倫理審査を受け研究の承諾を得た。その後、各施設の管理者と指導者に研究の説明を行った。また、対象者の仕事の忙しさに配慮し、対象者の勤務状態に合わせ、かつ仕事に支障をきたさないようインタビュースケジュールの作成を指導者に依頼し、そのスケジュールに沿って実施した。インタビュー時には再度文書と口頭で研究内容を説明し、承諾後に同意書にサインを得た。IC レコーダー使用に関しては、対象者の任意とした。また、質問に関しても拒否は可能であり、データは匿名扱いとすること、個人の守秘義務の遵守、データ保管や処理について説明し、了承を得た。インタビュー時は、施設側が用意した個室で他者のいない部屋で実施した。

#### IV. 結果

##### 1) 対象者の特徴

介護老人保健施設と介護老人福祉施設に勤務している看護師、介護職員各5名づつで、全員女性であった。看護師の平均年齢は54.2歳で(53～61歳)、SD8.3であった。介護職員は全員介護福祉士で平均年は46.6歳(35～53歳)で、SDは8.9であった。経歴は看護師は平均32.3年(24～45年)でSD8.6であった。介護職員は平均12.6年(9～13年)でSD4.1であった。介護職員は年齢に比較して職務歴が比較的小さいのは、他の職種や主婦から介護界に転入したためであった。全員既婚者であったが、離婚歴が看護師で1名、介護職員で3名いた。介護職員の中の1名は息子さんが一生涯施設入所のため現在独居であった。健康観は、看護師の4名が複数の慢性疾患を抱えており、現在治療中の人がいた。また2名の介護職員はケアで生じる腰痛や膝痛を抱えていたが現在治療中の人はいなかった。

介護職員のほとんどが直接臨床現場で技術を養い、その後介護福祉士の資格を取得した経歴があった。一方、看護師は看護師専門学校を卒業後複数の病院や科を渡り歩き、看護師として豊富な経験を有していた(表1)。

表1. 対象者の特徴

		看護師	介護職員
性別	女性	5名	5名
年齢	平均	54.2歳	46.6歳
	範囲	51-61歳	35-53歳
	SD	8.3	8.89
経歴	平均	32.3年	12.6年
	範囲	24-45年	9-13年
	SD	8.6	4.13
他の経歴		3～5施設で11科	主婦、会社員
結婚		5名	5名
	離婚	1名	3名
家族構成	核家族	4名	3名
	三世帯	1名	1名
	独居		1名
健康観	病気なし	1名	3名
	病気あり	4名	2名
		尺骨神経麻痺 骨折、貧血、 A型肝炎、重症 筋無力症 他	子宮筋腫、良性 突発性難聴、 高血圧、腰痛・ 膝痛 他

##### 2) “Disability”をもつ入所者ケアに関わる看護師・介護職員の認知

F市内および郊外の介護保険施設〔介護老人保健施設(従来型高齢者施設)・介護老人福祉施設(ユニット型高齢者施設)〕2カ所の介護スタッフ(看護師と介護福祉士)を対象に“障害(Disability)”をもつ入所者ケアを通して両者の認知を質的・帰納的方法であるグラウンデッドセオリーアプローチ(Grounded theory approach)にて分析した。その結果として、4カテゴリー「“Disability”の概念の認知」「関わり方の視点」「仕事に対する認識」「今後の課題」と12のサブカテゴリーを見出した。各カテゴリー間は相互に強く関連し合っていた。記述表記は「」はカテゴリー、<>はサブカテゴリー、「」または“ ”は口述内容や文脈からのシンボリックな現象に用いた。

##### 「“Disability”の認知」

“Disability”に関して、看護師と介護職員に同じ質問をし、両者の“Disability”に関しての認知はほぼ一致していた。しかし、看護師・介護職員共質問に対して抵抗感と動揺が強く、特に介護職員の方がより感情的・情緒的に反応し“Disability”を否定する言葉が多かった。

「“Disability”の認知」には、<運動・精神・認知機能低下><生活能力低下に伴う負の連鎖>の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

##### <運動・精神・認知機能の低下>

看護師・介護職員の両者は“Disability”の捉え方の問いに表情を歪めたり、瞬間沈黙したり、あるいは否定的、感情的・動揺的な反応を示した。よって、一般的な福祉用語である「生活障害」という言葉で解釈してもらい、その概念を述べてもらった。その結果、麻痺、歩行困難、嚥下障害等の運動機能障害(impairment)の意味で運動機能低下として捉えていた。一方、このような運動障害をもつことで精神面への影響としてコンプレックスや治癒しないかもしれない/将来への曖昧さを含む不安であり、かつそれがネガティブに作用すると考えられていた。その作用は二次的に働き、精神機能を低下させるという捉え方をしていた。しかし、認知機能に関しては、認知症と捉え、障害というより病気と考える人もいた。よって、これ

らの「障害」・「病気」・「加齢」の捉え方や個々の境界は曖昧であった。

ユニット型の介護老人福祉施設（特養）に勤務している看護師のB氏（看護師歴24年、施設勤務3年）、C氏（看護師歴45年、施設勤務3年）、D氏（介護老人保健施設勤務、看護師歴35年、施設勤務3年）は、個々に個人的理由で施設看護師として働いていたが、豊富な看護師歴を有していた。B氏、C氏、そしてD氏に「生活障害」の捉え方を質問すると以下のように述べた。

- ・麻痺による運動障害や歩行障害も含まれますね。それに難聴や視力低下も含まれますねえ（B氏）
- ・機能低下全般を指すと思いますよ。例えば歩行障害、嚥下障害、麻痺などですね（C氏）
- ・認知症の方って、ちょっと他の機能と枠が違うんじゃないでしょうかねえ。これって「障害」ですかねえ。うまく伝えられなかったり、理解困難ですからね。でも進行する病気なんじゃないですか、難しいですねえ（D氏）

以上のように、“Disability”に関しては、語尾に～ねえと自信なく答える傾向にあり、概念としての不明確さがみられた。また、介護職員は毎日のケアを通して、あるいは入所者との会話や表情を観察して、「障害」が精神面に影響を与えることを指摘した。加えて、介護職員のA'氏（職務歴9年、介護老人福祉施設勤務）は、他者からの反応で、より深く精神的影響を受けることに言及した。

動きにくくなった体になって、人に頼らなければいけなくなったことにイライラ感やそのことへのコンプレックスを感じていると思いますねえ。それとね、食事の時にその人を介助していましたらね、その人の前で食べてた人が「何で一人で食べるの。甘えとったらあかんよ」って言われたんですね。そしてその人ね、目を伏せて食べなくなったんですよ。やっぱり悲しかったんですよと思いますよ

障害を自己認識しながら、いまだ受容できずにいる入所者に対する精神的苛立ちもさることながら、それを改めて他者より指摘されることで、コンプレックスや悲しみが増長されていることを関わりの中で察知していた。一方、「障害」をもったことで他者からの援助

やサポートに対して感謝する入所者の存在をD'氏（職務歴18年、介護老人保健施設勤務）は以下のように述べた。

感謝する入所者さんもらっちゃって、何かすると「ありがとう」っておっしゃいますね。やっぱ、できなくなって初めてサポートの有難さを感じるのでしょうね

「障害」をもってあらためて気づくことに対して、介護職員は入所者の内面性の成熟も知っていた。以上のように、看護師・介護職員は基本的にADLの機能障害（impairment）を機能低下をとして捉えていた。一方、「障害」を身体機能低下としての単一的な捉え方ではなく、身体的、精神的、そして社交との相互作用としてのトータルのパターンとして捉えていた。

<生活能力低下に伴う「負の連鎖」>

“Disability”を主としてADLを中心とした機能障害という概念で解釈していたが、一方で長期の施設生活において、生活能力に基づいた負の繋がりとして徐々に機能低下をおこし、最後には寝たきり、死のプロセスを辿ることを理解していた。

介護職員のB'氏（職務歴16年）は介護老人福祉施設に勤務しており、施設内では指導的立場にあった。B'氏はこのような負の繋がりについて述べた。

前の施設（新築前の施設）からいらっしゃる人で、当時まだ随分と健康で歩行もできていましたけど、その後転倒やら肺炎を併発したりなんかして今じゃ、寝たきりになってしまった人がおりますけど。入所生活も長期になりますとどんな人でも徐々に弱っていきますよね。これも仕方のないことですけど

このように長期の施設生活にて、加齢における予備能力の低下や環境要因での運動不足、および刺激不足が次の症状を産生し、それに伴う精神機能低下という悪循環を徐々に時間の経過の中でひき起こすことを懸念していた。加えて、長期の経過ではなく、上述の<運動・精神・認知機能の低下>における、施設生活の中で、他者の反応で自信喪失、自己縮小、依存への負のプロセスを辿ることも負の繋がりとして理解していた。一方で、負のプロセスを辿らず、障害受容ができている入所者もいた。

#### 《関わりへの視点》

関わりにおける焦点は、入所者のできない部分へのサポートと入所者理解であり、入所者の背景や家族関係を中心に理解、受容、見守り、そして寄り添うケアを実施していた。いわゆる入所者の生活全般の包括ケアであった。よって、その生活ケアを通して、看護師と介護職員の役割や立場でケアへの認知に相違があった。

《関わりへの視点》には、＜入所者への認知＞＜入所者の理解＞＜QOL 向上のためのケア＞＜人生の統合ができる環境作り＞の4つのサブカテゴリーで構成された。

#### ＜入所者への認知＞

看護師も介護職員も入所者に対して「障害者としての意識でケアしていない」ということを強調した。よって両者間の認識は“普通人”と“生活者”であった。その認識の範囲は「患者さんより近い人」から「身内のような、あるいは家族のような人」まで広範囲であったが、受け止め方は感情的・情緒的で愛情のこもったものであった。看護師のB氏や介護職員のE'氏（職務歴13年）に対して、入所者について以下のように述べた。

- ・特別な「生活障害者」という意識でケアしておりませんし、ただできない所をカバーしているだけです（B氏）
- ・その人のそのままを受け入れていますので、特に「生活障害者」という意識をもってケアしておりません。ただ、強いて言えば、家庭で介護の手がないのでお預かりしているということです（E'氏）

両者の強調したかったことは、入所者を極自然に受け入れており、そこにはエイジズム（ageism）のような差別や偏見はないということではなかったか。またケアの骨子はできない部分のニーズを満たすのみで入所者の主体性を尊重した見守るケアであった。

#### ＜入所者への理解＞

＜“Disability”の概念の認知＞の中の精神的側面である入所者は家族から離れて生活することへの寂しさや生活障害者としての葛藤や苦悩の理解など理解する姿勢があった。そのためケアにおいて、家族関係、入所者がどのように生きてきたか、あるいは入所者が大切にしているもの等を把握する必要があった。介護

職員のA'氏は入所者理解について以下のように述べた。

- ・普段は無表情で何も話さない人でも、家族の方が面会に来られると嬉しそうに笑顔になりますね。やっぱり普段は寂しいのかなあってそんな時思っていますね。だから寂しさにケアの焦点を置くべきって思ってますよ
- ・その人の楽しかったことなどを聞いてやると、ああそんな時があって、その人にとっては大切な思い出なんやっと思えますね

また、聞き手としての役割に徹して、できるだけ入所生活のストレスの解消や多くの入所者は車いす生活であるため車いすの高さの視野に配慮したり、あるいは笑顔やタッチングで接する等も入所者ケアには重要であると看護師・介護職員は認知していた。

一方で、生活基盤において、最も困難なケアの一つは認知症入所者の性行動への対応であった。しかし、介護職員はそれも生活の一部と捉え、受容していた。生活障害者も普通の生活者なのであることを確実に認知していた。B'氏はそのことを以下のように述べた。

やっぱりケアで最も難しいのは、男女ともいえるのですが、少数ですけどね。入居者さんの性の問題がありましてね。それをどのように対応するか、とっても難しいですね。でもね、やっぱり、この人達も生きている人間なんだと改めて感じますし、生活の一部なんですよ。私達はそういうことも理解してケアしないといけないのですよ

#### ＜QOL 向上のためのケア＞

＜入所者の理解＞に関連して、入所者の背景から関心のあるものを探求し、それが入所者の施設生活においての役割や生きがいに繋がるものと考えていた。よって、その関心の発見が重要であり、そのことが入所者の機能喪失感からの脱却の最適な方法と考えた。そのために看護師ならびに介護職員が毎日の関わりからその人の関心や価値観を観察し、入所者がどうしたいのかを気づくことが重要であった。そのことについて看護師のA氏（看護師歴25年、施設看護師として1.3年）は以下のように述べた。

レクなんかいいですね。その人の関心は何か、何に関心があるのか、しっかり見て対応すべきですね。たとえば、きれい好きな人なら毎日でもお風呂に入

ってもらおうとか、切り絵が好きならそれをやっていただくとか。そうすればここでの生活も楽しいものになると思いますよ。これも QOL 向上には大切ですよ

入所者の関心を発見できれば、入所者の「自分らしさ」の再発見に繋がり、施設生活が生き生きとした生活に変わることの意味を見つけていた。

＜人生の統合ができる環境作り＞

看護師も介護職員も入所者が人生の最後の時間をできるだけ楽しく、有意義に生活できる環境が必要であることを認知していた。介護老人福祉施設（特養）と介護老人保健施設（老健）によって入所者の受け入れ目的に多少の相違はあるが、老年期の後半に一時的または一生過ごす「棲家」であることは確かである。しかし、入所者と家族関係によっても関わり方に相違があった。家族関係が希薄でほとんど面会がない人や終末期を迎えても家族に縁がない入所者へのケアを通して、絶望なく人生に感謝できるようなケアを目指していた。そのために入所者の代理者としての役割とできるだけそのような入所者の望む家庭環境に近いものを提供できるように関わっていた。看護師の C 氏、介護職員の A' 氏、C' 氏はそのようなケアについて以下のように述べた。

- ・昔の一番輝いていた時代を思い出してもらって、そこに関わると充実感を感じるのじゃないでしょうかねえ。以前小学校の国語の先生が入居されていてね、その先生からイロハニ・・・を教えてもらって、その先生は随分楽しそうでしたよ。また、数学の先生をされていた方には数式のプリントを渡したら、毎日一生懸命その数式を解いていましたよ。そんなことからご自分のやってこられたことにプライドも持てるでしょうし、私達はそのことに敬意をもたないといけませんよね（C 氏）
- ・入居者さんに関心のあるものを提供すれば最後のここでの人生も豊かに感じられ、我が家にいるような感じで楽しく生活できると思いますし、それが人生の幸福に繋がるんじゃないかなあ（A' 氏）
- ・ご家族の疎遠な高齢者さんはここにも多くいらっしゃいますが、そんな方には家族のように接するようにしていますし、お亡くなりになった方にも家族の代わりになれたかなあって思いますよ（C' 氏）

以上のように入所者の人生の「最後の棲家」として、その人らしい生活の場としての環境の提供とあくまで家族のように（代理者として）愛情をもって関わっていた。

《仕事に対する認識》

上述までは看護師・介護職員の認知はほとんど一致していたが、このカテゴリーと次のカテゴリーでは、看護師と介護職員間での認知に大きな相違がみられた。看護師は看護師としての豊富なキャリアを有していたが個人的理由で施設看護師として勤務していた。介護施設は病院と相違し、目的は ADL または IADL 困難者で介護者不在のため在宅生活ができない高齢者を対象とした生活ケアを提供するため、治療目的の施設ではない。そのため高い医療的技術や知識を要求されない環境下であった。そのことが看護師には医療と生活ケアの狭間での葛藤があった。一方、介護職員は入所者の生活ケア全般を「我々が担っている」という自負をもち、今まで培ってきた経験や知識のすべてをケアに注入し遂行していた。よって、このような両者間の仕事へのモチベーションの相違が仕事への認知に大きな影響を与え、相互に仕事への自負をもちながら、生活ケアに占める割合に比例して満足感ややりがい感に相違があった。反面、看護師と介護職員間で仕事内容、役割、立場に応じて問題点やストレスがあった。

《仕事に対する認識》には、＜看護師の仕事に対する不満＞＜介護職員のやりがい感＞＜看護と介護領域の曖昧さ＞＜看護師と介護職員のストレス＞の 4 つのサブカテゴリーで構成された。

＜看護師の仕事に対する不満＞

看護師の病院勤務ができない個人的理由には、個人の病気、ライフスタイル（家庭優先）、そして性格（病院勤務に向かないという自己評価）等があった。介護施設における看護師の医療対応の仕事内容は、主として医療処置（創傷処置、気管吸引、軟膏や湿布塗布、バイタルサイン、体重測定、与薬、注射、急変時の対応等）、医療に関する相談・指導等と専門基礎知識や技術が要求される多岐の領域であった。しかし、施設は医療現場と違い、より高度な専門知識や技術は必要ではなく、あくまでも生活主体の環境であった。多くの看護師は看護師としての豊富なキャリアを有していたが、施設看護師としてのキャリアは比較的浅かった（平

均約6年程度)。できれば今でも病院に復帰したいという希望をもちつつ、反面臨床から長期間離れたことによる適応不足や自信喪失等で自己効力の低下がみられた。一方、生活ケア（おむつ交換、食介、口腔ケア等）は介護職員と協力して行われていたが、生活全般というよりは一部の関わりであり、生活ケアに対しての専門性を高く評価する看護師は少なかった。このことも介護職員との仕事に関するモチベーションに大きな影響を与えていた。

A氏、C氏、E氏（職務歴30年、施設看護師8年）、そして介護職員のC'氏は仕事に関して以下のように述べた。

- ・この仕事をしてから余り満足感ってありませんね。もし若かったり、私が病気じゃなかったら病院の看護師として働きたいですよ。やっぱり、ここはねえ、医療っていいですか、ちゃんとした医療はないですよ（A氏）
- ・病院の看護師と比べると夜勤がない（介護老人福祉施設のため）分、お給料は安いですよ。それよりも、ここでは積極的な医療行為はできないことが不満かな。それと家族の意向で何もできないこともあるし、家族との認識のずれもありますしね、やっぱり病院の看護師はいいですよ（C氏）
- ・病気なんで、病院勤務は無理ですけど、もし病気じゃなかったら病院で働きたいですね。でも医療って日進月歩じゃないですか、もう無理ですよ、ついていける自信なんかありませんね、年ですから（E氏）
- ・看護師さんは医療的な部分で入居者さんと関わってくれますけど、私どもは一人一人の入居者さんと生活を共にしております。そういう面では看護師さんは極一部に過ぎませんよ（C'氏）

看護師の仕事に対する不満足は個人的レベル、専門性、それに対応する自己効力感等の複合的要因で起きていた。一方で、終末期ケアにおいては、看護師の独壇場であり、看護師としての経験や知識を生かせるケアであった。そこに看護師としての自負ややりがいを感じていた。D氏は以下のように述べた。

- ・命を預かる仕事なんで、看取りの時なんかは家族を含めて精一杯させてもらっています

- ・看取りケアが専門的かっていわれればそのような分野は少ないと思いますけど、今まで培ったことを生かしてやっていると思います

看取りケアは看護師の医療の専門性と看護師としての経験が問われるケアであり、このような状況下では看護師としての能力を発揮できる数少ないやりがいを感じるケアであった。

<介護職員のやりがい感>

やりがい感とは、やるつまり仕事の遂行を意味し、がいはすなわちかいで値打ちまたは効果という意味である。つまり、やってよかったと思えるようなケアで、そこに自己成長を含めて意味や価値を見出すことを意味した。

介護職員として仕事にやりがいを感じる時は、働き始めではなく、人として成長して勝ち得るものと考えた。人間誰しもそれぞれの人生を歩み、そのプロセス上で多くの経験を重ねて、はじめて人の痛みを理解できる人間に成長し、結果として生への意味や価値を再発見するものである。その経験が入所者理解に気づき、それ以降の仕事への姿勢に大きな変化を与えた。そのプロセスを介護職員のB'氏が以下のように述べた。

私も昔若かった頃は仕事で結構悩みましてね、一度退職したことがありましたけど。仕事から離れてみると私この仕事好きだったのって再認識しましてね、またここにまい戻ってきた次第なんですよ。今はどんなことがあっても逃げずに対応できますし、嫌らしいとか、気持ち悪いなんて決して思わなくなりましたよ。人間ですからね。介護者も人生を重ねないと人間を理解できないと思いますね

入所者の生活全般を看ているという関わりへの自負やチームワークもやりがい感に大きく関連していた。その他、介護職そのものに魅力を感じている介護職員もいた。C'氏は以下に述べた。

私どもの仕事って、規定の労働時間はありますけど、まずそんな時間ってあってないようなもので、定刻で終わるような仕事じゃないですよ。それと忙しいし、常に神経を張って仕事しないといけません。でもこの仕事って答えがないし、常に変化し、いつも新たな問題が起き、それが解決するとまた新たな問題が起きるという繰り返しじゃないですか。それがおもしろいし、やりがいでもありますよね



やりがい感には、自分達がしているという使命感、チームワークとして組織の中で同じ視点でケアしていることへの充実感を「自負」という内面的な感性で感知していた。また仕事そのものに対する魅力を感じ、そこに自分の人生を反映させ意味や価値を見出していた。

#### ＜看護と介護領域の曖昧さ＞

看護と介護ケアにおいて、多くが複合的に重なり合っているが、臨床現場においてはそのことが両者間の問題や葛藤になることがあった。生活ケアという介護施設の環境下では、介護職員が中心となって実践しているが、看護師が生活ケアの中でどの程度関わるかが不明瞭でもあった。介護職員のB氏は、この仕事領域について以下のように述べた。

看護師さんと私達介護職員では仕事の領域が違いますよね。看護師さんは医療だし、私達は入居者さんの生活すべて看ますよね。でも、看護師さん達が私達の領域に入ってきてほしくありませんね。それぞれの役割において任務を果たせばいいと思いますよ。但し、受ける側は何者かわからないので、看護師さんも私達も同じように接する必要はありませんけど

一方、看護師のC氏は以下のように述べた。

- ・介護職員と私達の職域が曖昧というか。おむつ交換や食介なんか人も人手がない時は手伝いますしね
- ・年に1回程度、県全体で老人施設で働いている看護師が一堂に会する集まりがありましてね。そこで問題解決やら情報交換なんかできるんですがね、それなんか聞いていますとね、ここはまだ勤務条件がいい方で、施設によっては、介護職員と一緒に仕事をしなければいけない所もあるんですよ

看護師と看護職員間でのコミュニケーション不足がこのような曖昧さを形成させているように考える。介護職員の生活ケアの占拠ではなく、看護師との協働、また看護師はもっと積極的なケアへの参加という今後の両者間において意識改革が必要で、その負担は入所者に及ぶことを両者が再考する必要があると考えられた。

#### ＜看護師と介護職員のストレス＞

仕事上での看護師・介護職員のストレスはその立場、役割、および仕事内容によって差異があった。

看護師は、主として介護職員の指導や指示することへの不安、待機時間の拘束、夜勤勤務（介護老人保健施設）、そして人間関係であった。介護職員は、主として認知症者へのケアの困難感、仕事の忙しさ、そして人間関係であった。介護職員への指示や指導は、医師不在の施設（介護老人福祉施設）では看護師が行わなければいけなかった。特に、終末期ケアにおいて、夜間の指示は看護師が入所者の状態を看ずに介護職員の報告のみで指示しなければいけないので常に不安と責任感を強く感じていた。同時に、看護師としての能力の限界を感じていた。そのような状況を看護師のA氏は以下のように述べた。

身体的、医療的なことって、自分の指示でハンドさん（介護職員の事）が動くじゃないですか。例えば重症者の場合だと、医師に状態を報告して指示待ちするんですね。それが病院と違って、直じゃないのでちょっと不安ですよ。特に夜間だと、私も見ていないし、ハンドさんからの電話だけでそこから状態を考えながら医師に報告し、指示を仰ぐので、そりゃ大変ですよ、責任も感じますし、自分の能力の限界っていうか、ちょっともどかしいですね

介護職員は認知症ケアの中でも特に興奮症状（攻撃的行動）をもつ認知症者に対して、時にはケア時に外傷を負うこともある。このような潜在的なリスクがある入所者へのケアにおいても受容しなければいけない。ほとんどがそのようなケアに対して、多くの介護職員はやりがい感をもっているが、一方でストレス要因にもなっていた。介護職員のD氏は、そのことについて以下のように述べた。

認知症の人にケアしても暴力ふるわれると、私って何だろうって、時々カーッと来る時もありますよ。怒るには何らかの理由はあるんでしょうけど

看護師・介護職員の両者において、共通のストレスは人間関係であった。看護師は看護師－介護職員、看護師－家族、看護師－医師間で、介護職員は介護職員－看護師、介護職員－家族間であった。このような人間関係が他のどのストレスより強かった。

看護師A氏やC氏と介護職員との関係において以下

のように述べた。

- ・ハンドさん（介護職員）には、私のいっていることを理解してくれるハンドさんとそうでないハンドさんがいましてね、いずれも人間関係ですけどね（A氏）
- ・看護師とハンドさんの人間関係ありますけど、同じ施設で働いていますので気持ちよく働きたいですね。給料が安いとか忙しいとかいろいろありますが、人間関係が一番面倒で厄介ですね（C氏）

看護師A氏は家族との関係について以下のように述べた。

入居さんが急変したので、病院（福井医大）へ搬送して、その後に家族に知らせたんですが、病院に入れてほしくなかったと文句を言われたことがありましてね。ちょっと、その時は辛かったですね

また、看護師D氏は医師との関係について以下のよう

に述べた。D氏は介護老人保健施設に勤務しており、同じ系列の病院と隣接していた。入所者の急変時等はいつもその病院に搬送していた。

終末期にある入所者が急変したので病院へ連れて行くと、こんな状態で連れてきても何が必要なんだって医師に言われて、家族との間で板挟みになって結構辛い思いをしましてね。家族には申し訳ないと思いましたし・・・

一方、介護職員と看護師との関係について、B'氏は以下のように述べた。

私は業務は辛いけど、看護師さんとの人間関係は辛いですね

介護職員と家族との関係では、家族との直接的な関係ではなく、疎遠な家族をもつ入所者への感情移入であり、その分その家族へのこみあげる感情があった。介護職員B'氏やC'氏は以下のように述べた。

- ・入居さんにとって、私達が家族なんて思っていないでしょうけど、人生の最後の時に家族が間に合わなかったり、すでに家族がおられない人もいらっしゃいますので、その分最後まで精一杯やってあげたいと思っています（B'氏）

- ・ご家族と疎遠な方もここにはいらっしゃいますけど、ちょっとでも顔みせてあげれば喜ばれるのにとか思いますね。それにはいろんなわけもあるんでしょうけどね（C'氏）

#### 《今後の課題》

看護師および介護職員がもつ仕事上での問題点の改善のために課する意味であった。多くは介護職員からのもので、これらは単にケアに関することだけでなく、施設としての組織に関わる人事や職場環境の問題等の広範囲に及んでいた。

《今後の課題》には、＜よりプロとしての技術へ＞＜人員不足＞＜施設機能の拡大＞の3つのカテゴリで構成していた。

＜よりプロとしての技術へ＞

介護職員から出た意見であり、専門的技術の研鑽の精神をもつことが今後の施設機能の向上に貢献すると考えていた。加えて、個人の尊厳を尊重したケアための教育の必要性に気づいていた。介護職員のC'氏は毎日のケアがより専門性に富むことで、在宅ケアとの違いが明確になることを指摘した。E'氏は介護職員の教育制度について述べた。

- ・私どもの仕事って、在宅にいる家族の方でもできる仕事じゃないですか。例えば排泄や体を拭いたり食事介助などですけど、それって生活の援助でしょ。ですので、もっとプロの技術をもってやらなければって思ってますよ（C'氏）

- ・ここの施設だけじゃないと思いますけど、私も以前そうだったんですけど、先ず何の知識もなく現場で働いて、そこで介護職員の人からケアについて教わるんですね。そして、その後で資格を取るんです。昔って、結構そういう形で介護福祉士になった人は多いですよ。それだとね、例えば、しょっちゅうトイレに行きたいと訴える人に対して「あの人、いつもそうなんで、暫く待たせても大丈夫」って、本当に待たせるんですよ。私、そんなのケアじゃないって、思っていたけど、なかなか言えませんでしたよ。自信もなかったしね。でも、現在の職員って、学校でちゃんとそんな知識を学んで入ってきますので、その人達は「そんなのケアじゃない」って、はっきり言って、いいケアするんですよ。これからもっと新しい知識をもって入ってくればいいなあって思いますし、やっぱり教育ですよ（E'氏）

E'氏は旧態然とした教育システムを批判し、教育が

新たなケアのドアを開けることを認知していた。

#### <人員不足>

今後いいケアを望めば、それなりの人数の介護職員が必要になってくることは必然的であった。しかし、現在の現場は慢性的な人員不足に悩んでいた。そのことについて介護職員のC'氏とE'氏は以下のように述べた。

- ・この施設って、ユニットなので、もっとマンツーマンで向き合ってケアできるのかって思ったんですが人が少なくて大変でしたって、そういつて多くの介護職員の方が辞めていきましたよ（C'氏）
- ・この入所者さんは自由がないんでかわいそうです。例えばちょっと外出してパーマに行ったり、お買い物ができたり、食べに行けたらいいですね。でもそうすれば、もっと人手が必要でしょうし、これって最後は経営になりますね（E'氏）

個々の介護職員は時間をかけて個別的ケアをしたい、しかし忙しくてできない。だから辞めるという仕事環境の悪循環に陥っており、そこには潜在的な人員不足があった。

#### <施設機能の拡大>

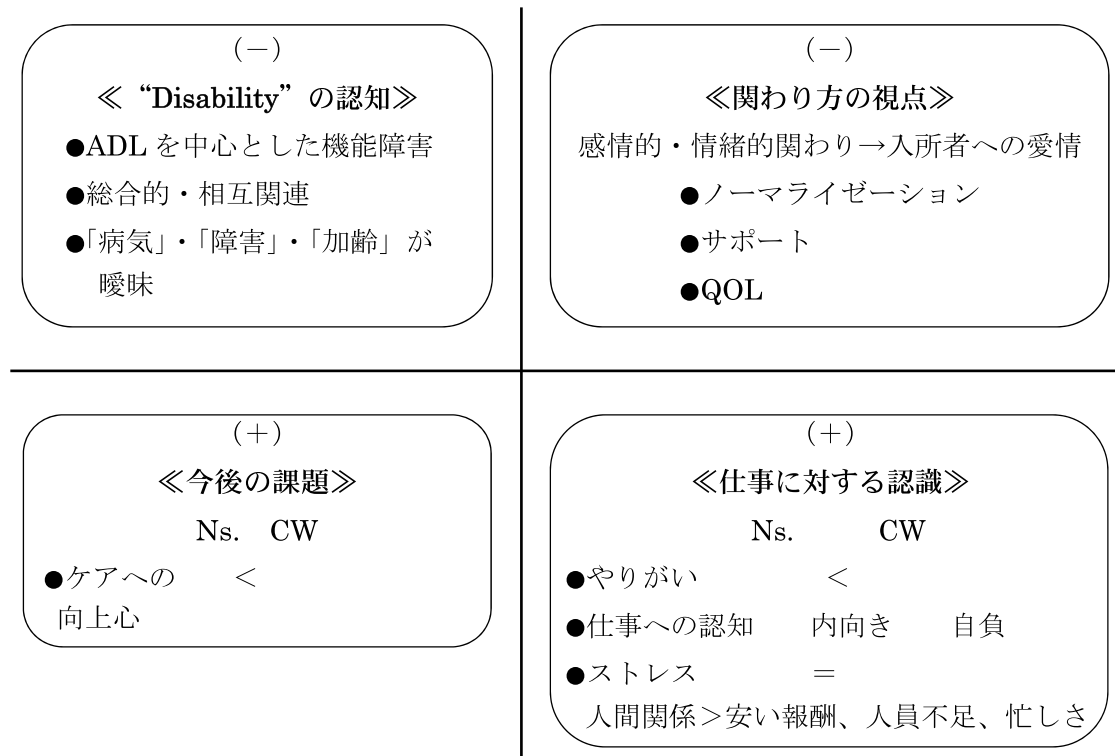
時として被虐待者が入所してくることがあり、施設機能の在り方について、単に被虐待者の保護所のみではなく、より安心・安全な場所としての機能をもたせる必要性に看護師は気づいていた。看護師のE氏は、ショートステイに入所していた認知症者に全身に青あざを発見したときのことを述べた。

ショートに定期的に入ってくる人がいるのですが、時々全身にあざがあったりするんですね。この人のご家族はとっても複雑でしてね、今はお孫さんが面倒を看ているそうなんです、このお孫さん、認知症のことってよくわからなくて、先ず手が出るんでしょうね。このようなケースって時々あるんですが、私達の仕事って、やっぱ限度ってあるんですが、何とかしてもっと安全に生活させてやりたいなあって思いますね

介護施設を一時的な保護所ではなく、安全で静かな環境提供をもつ保護所としての明確化と被虐待者が望む限り安心して生活のできる場所の提供の必要性を認知していた。

## V. 考察

質的分析より“Disability”をもつ入所者ケアの看護師・介護職員の認知において、相違と一致に分類できた。一致した認知では“Disability”の概念やケア視点であった。“Disability”の概念では、ADLやIADLへの機能障害（impairment）を中心として考えられていたが、その機能障害（impairment）は心理・精神的側面および他者との交流にも影響を及ぼす相互作用があり、単に「障害」という現象のみで捉えず、総合的・相互関連をもつという概念であった。しかし、「病気」・「障害」・「加齢」との関連がやや混合し、曖昧性を内包していた。ケア視点では両者とも偏見を排し、あくまでも「普通人」として対応しようとするノーマライゼーションを強調し、ケアにおいては機能障害に対して自立を目的として、「できない」部分をサポートすることがケアの軸にあった。また精神的には施設生活を通して、well-beingとしてのQOLをケアの視点に置いていた。一方、認知の相違ではケアの実践において大きな相違がみられた。看護師と介護職員は同施設内でも仕事内容や役割において差異はあるが、それが全体の仕事に対する主観であるやりがい感で大きな差異として表れた。明らかに介護職員の方に高いやりがい感として感知されていた。看護師にもやりがい感はないというわけではなかったが、看護師は医療の専門性に焦点を置く傾向があった。よって、看護師としての経験を活かせる終末期ケアにはやりがい感があったが、（看護師にとって）比較的専門性が低いと感知されている日常生活ケアにおいては、介護職員の仕事の「お手伝い」としての補助的感覚であったり、あるいは両者間のケア領域の不明瞭感で内向きで消極的姿勢をとる傾向があった。よって、ケアへの未達成感による不満感があった。仕事のストレスでは安い報酬、人員不足、仕事の忙しさより人間関係のストレスは看護師・介護職員の両者に共通して強く感知されていた。仕事上での今後への課題でも介護職員の方に未来に向けてのケアに対する向上心が強く表れていた（図1）。各カテゴリー間の関係性においては、介護保険施設に入所している「障害」をもつ入所者ケアにおいて、両者を取り巻く施設内・隣接する病院・そして家族の3つの環境内でケアとの大きな相互作用と各カテゴリー間での看護師・介護職員の認知変化があった。先ず、



※ (+) (－) 認知の相違の有無

Ns. - 看護師, CW - 介護職員

図1 “Disability”をもつ入所者ケアの看護師・介護職員の認知

看護師・介護職員の《“Disability”の認知》からは《関わり方の視点》では、看護師も介護職員は感情的で動揺的に受け止められていた。両者は入所者を偏見のない、公平な「普通人」「生活者」として受容し、入所者理解とADLの自立に向けてのサポート中心の生活ケアを実施していた。また家族不在の環境下において、寂しくないように家族の代行としての役割も担っていた。特に、家族関係の希薄な入所者に対しは、絶望しないようケアに愛情を込めていた。《仕事に対する認識》では、看護師と介護職員間で仕事において大きな認知の相違があった。その相違に関しては上述の通りであった。仕事上でのストレスでは、看護師は専門性に関する全般的ケアや技術手技、あるいは介護職員への指示、待機による拘束時間等があった。介護職員は仕事の忙しさや認知症ケアであったが、認知症ケアは一方でやりがい感にも繋がっていた。両者の共通したストレスは、人間関係、安い報酬、そして慢性的な人員不足であった。人間関係においては、上述の通り両

者を取り囲む環境として、同じ施設で働く看護師－介護職員、隣接する病院での看護師－医師、そして家族関係であり、最も大きなストレスとして認知されていた。仕事において、現存している問題も含めて《今後の課題》としては、介護職員からの提出によるプロとしての向上心、看護師からは被虐待者への保護施設としての完備等であった。上述のように個々のカテゴリー間は相互に関連性があった(図2)。

看護師および介護職員の《“Disability”の認知》は、身体的機能低下、認知機能低下、そして精神的機能低下の3種類の機能低下の総合体で考えられていた。身体的機能低下においては加齢と慢性疾患が関与しており、加齢として視聴覚低下、病気起因では麻痺、嚥下障害、歩行困難等によってADLやIADL低下が起き、それらが他者の援助に頼ることによる自己イメージの低下をはじめとする精神的影響を与えるという認知であった。認知機能低下としては「うまく伝えられない」や「理解困難」がコンプレックス、将来に対する不安、

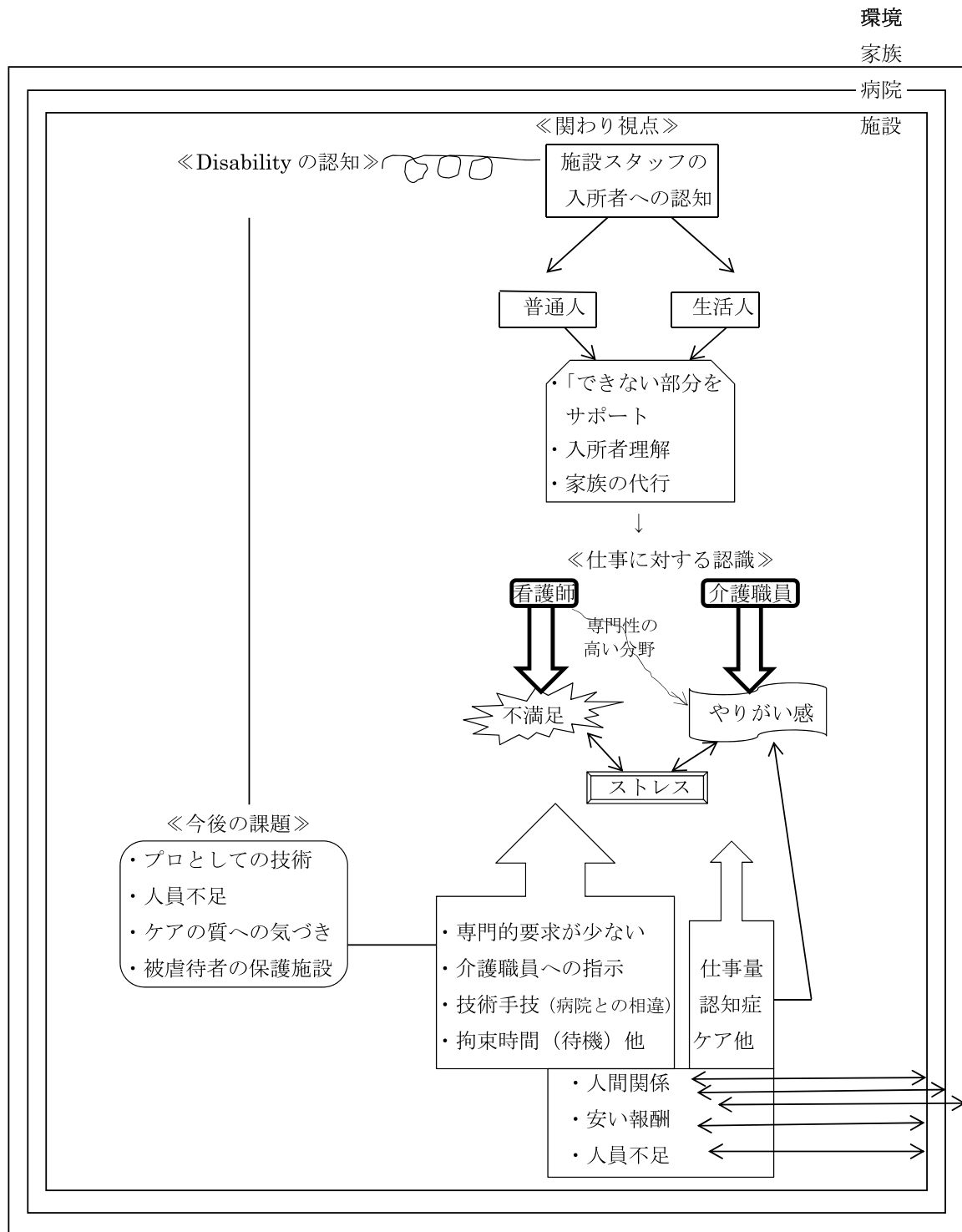


図2 “Disability” をもつ入所者ケアの看護師・介護職員の認知に関する関連性

## 《Disability の認知》

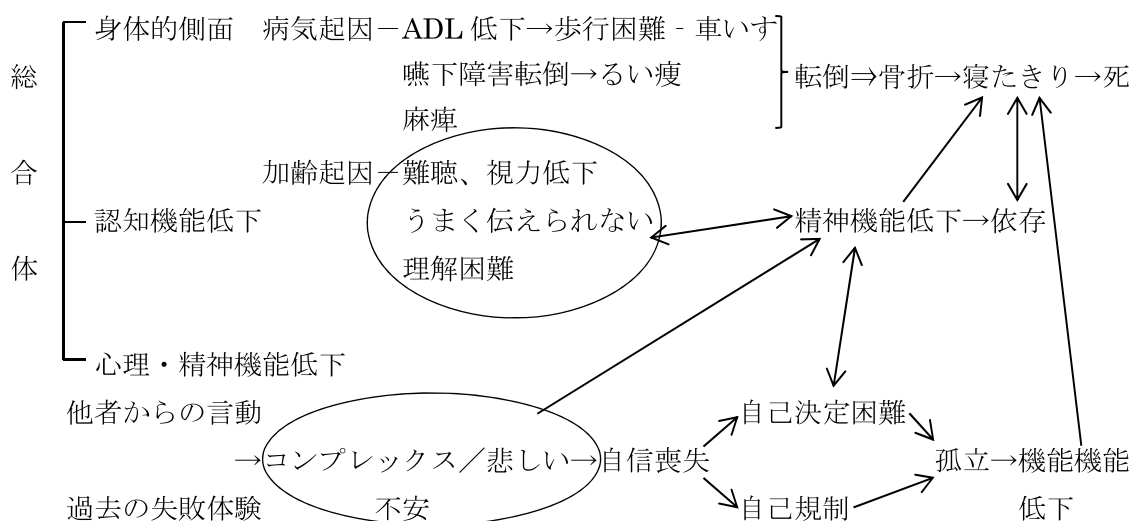


図3 看護師・介護職員の認知における“Disability”の「負の連鎖」の関連性

悲しみ等のような精神機能を低下させ、依存や孤立という環境と相互作用していると考えられていた。このような複合的要因が長期の施設生活における時間の経過と共に徐々に機能低下させ、最後に寝たきり・死に至るという「負の連鎖」を形成することに言及していた。同時に、身体的・認知機能低下起因で転倒を起こし、その結果寝たきり・死へのプロセスも認知されていた（図3）。Rodgers, B. L (Sarah M. G, 2011) が説く“Disability”の概念は、加齢や慢性疾患起因の感覚・身体的機能制限を発生させ、それが精神機能にも影響を与えADLやIADL困難、および社会活動からの逸脱を導く。これは、ICF (International Classification of Functioning) の生活機能の概念でもある「自分らしい生活をするための機能」（奥宮, 2012）が「負の連鎖」により諸機能の低下とリンクすることとも一致する。つまり、施設生活の長期化にて「負の連鎖」が生じることで個人レベルの活動であるADLやコミュニケーション、そして対人関係の低下とリンクし、それが自分らしさの低下を導くということを証明した。本研究の看護師や介護職員の認知がまさにこのような理論と一致した。また看護師や介護職員が述べる「負の連鎖」に関して、社会認知理論 (Baranowski, 2000) の中で個人要因において、個人の行動は他者への観察や行動の反応で自信に繋がったり、喪失したりする。そのこと

が自己決定や自己規制に影響を与えると説明する。このことも看護師や介護職員のケアを通して、他者の言葉や対応で個人の行動が決定され、それが自信喪失となって閉じこもりのような心理社会的影響を受けて、最終的に寝たきりになるということを理解していた。この「負の連鎖」パターンは、本研究において、看護師・介護職員の臨床で立証された。

《関わりの視点》においては、「生活障害」をもつ入所者への両者の認知範囲は「患者さんより近しいから家族のようまで」とかなりの広範囲であった。これは入所者ケアにおける心理的距離感であり、看護師は患者より近いと感じ、介護職員は家族のように感じながらケアしていたことになる。当然、介護職員の全員がこのような感知ではなかったが、少なくとも看護師より近しい感覚をもっていたことは明らかになった。入所者の生活全般をケアしている介護職員の方が入所者との感情・情緒的關係が形成されやすく、身内に近い感情でケアしていると考えられた。そのようなケアの状況下で「入所者さんの持つ生活障害をどのように捉えていますか？」という問いかけに、介護職員は怒りに近い表情を表し、「生活障害者という意識で接したことはありません」と「生活障害」という言葉に動揺をもってきっぱりと否定した。しかし、正しく「生活障害」をもつ高齢者を認知することはなぜいけないの

か。「生活障害」は決してその人個人の否定ではないはずである。「生活障害」を正しく客観的評価し、どのようなサポートが必要で、精神的には「何を大切に生きたいのか」や「これからどうしたいのか」を理解したケアが必要であると考え、かつそれが入所者のQOLに繋がると確信するからであった。しかし、実践では感情優先のケアでなく、上述のような個別の客観的ケアが遂行されていた。そのための入所者理解であったことを納得する。入所者の背景（元職業、教育、価値、信念、そして家族関係等）やニーズを把握し、人間が生活するすべての意味を含めて生活ケアを実直に実施されていた。それは入所者の性的行動や暴力等の否定的側面を内包した「すべての生活」という意味であった。よって、介護職員は入所者を、それが認知症者であっても「生活者」として、決して特別ではなく、普通に施設生活している人として捉えていた。そのことがノーマライゼーションとして捉えようとしていた。そのためのケアの困難や苦労もあったが、仕事への自負ややりがい感に繋がっていたと考えられた。《仕事に対する認知》において、介護職員と看護師の認知に相違があったが、やりがい感の差異であった。看護師は豊富なキャリアを有しながらも個人的理由で施設看護師をしていた。看護師にとっての職業的価値は専門的知識や技術におく傾向があるので、その専門性を生かせるケアは看護師としてのやりがいや生きがいの一つの基準でもあったと考えられた。そのような観点で、施設環境はあくまでも生活環境であった。このような環境下では、高い医療的知識や技術の要求より、介護職員主体の生活ケア中心の環境であった。その環境要因がやりがい感の差異に影響を与えたと考えられた。また、仕事に対してのモチベーションもやりがい感の相違に寄与したと考えられた。介護職員は全員ではないが、最初から介護職を目指したというより人生の転機の中で選択した人が多かった。他の世界を知ることによって現職に対する意識が高いようにみえた。看護師は、全員が個人的理由で施設看護師を選択していた。この個人的理由（持病、ライフスタイル、性格等）が仕事へのモチベーションを多少なりと低下させていたのではないかと考えた。介護職員のやりがい感の要素には、ケア全般を自分達がしているという「使命感」、チームワークとしてケアの視点をもって動くことによる「充

実感」という内面的な感性にて「自負」していた。また仕事自体に個人の人生を投影させながらそこに意味や価値を見出していた。このような要素が生きがいと関連していた。

看護師のストレスは、施設システムによって相違があったが、常時医師不在の施設は、医師の指示を看護師が介護職員に出さなければいけなかった。看護師の豊富なキャリアを基盤にした指示であろうがそこには責任も伴うものであり、大きなストレスになっていた。また、夜間のオンコールによる拘束時間もストレスとして認知されていた。このような施設看護師のストレスについての報告は皆無であったが、介護施設の看護助手のストレス調査〔Lapane, K.L(2007)〕によれば、以下の事が明らかになった。ストレスの高い状況は①人員不足②干渉③専門職でない者が判断しなければいけない時④安い報酬⑤仕事量であった。本研究では、看護師が対象であるため立場や役割において相当相違があり、一致するものはなかった。

一方、介護職員のストレスは、ケアに焦点化されるが、特に認知症者の興奮症状（攻撃的行動）はむづかしいケアの一つであった。何故困難なのかは、予測困難なことと急激な気分変動が起きて暴力（身体か言葉、もしくは両方）を伴うからであった（Brodaty, H, 2001）。ケア中の暴力で外傷を負うことも日常茶飯事に経験していた。よって、介護者も人間である以上常に受容的姿勢で対応ができないこともありストレスとして認知していた。反面、このような困難なケアはやりがい感にも繋がり表裏一体であった。Brodaty, H (2001) の報告においても、興奮のケアはストレスと同時に満足感が全職員の91%に達したとあり、本研究の結果と一致した。以上の考察から、看護師や介護職員はケア者の人生を反映し、個々の自己成長が入所者理解やケアの質に繋がると介護職員は認知していた。このことはまさにプロフェッショナルである。一方、このようなケアの質の向上は、組織の変革として提案している先行研究もあった（Davies, 2000）。組織文化の中でどのようにケアの質の改善ができるかであるが、この報告の対象は病院であった。しかし、介護施設という組織においても応用は可能と考えた。国の介護保険制度に準じた方針の中で、個々の施設は独自の組織文化を構築しながら管理・統治している。このような状況下でど

のように今後変革しながらケアの質の向上を図るかは、個々の組織のルールと統治下で実施しなければいけない。その中で看護師や介護職員はケアの中心に位置するため、組織文化に合った個々の意識変革は重要なのである。つまり、両者間の領域での暗黙のルールや統治は撤廃すべきと考える。両者間でコミュニケーションを取れば、その見返りは入所者に帰ると確信する。また、その内容をモニタリングする組織を作り、その組織と実践者間においての関係を形成すればケアの質の向上ならびに施設管理においても有益ではないかと考えた。

加えて、看護師と介護職員間で感知するストレスにおいて、一番高かったのが人間関係であった。Habeckら(Habeck, 1991)は、職場のストレスにおいて安い報酬や人員不足より人間関係の問題が最も高かったという報告しているが、本研究の結果と一致した。

介護施設は、機能障害をもった高齢者へのサポートケアをしている特殊な環境である。組織として雇用者の心身の健康管理も重要なポイントで安全で、ストレスの少ない職場作りには管理者と雇用者間でよくコミュニケーションをとることも重要と考える(Zhang, Y, 2011)。

《今後の課題》として介護職員の仕事に対しての専門性と教育の必要性を強く感知していた。経験で習得した知識とは別に、障害者をより専門的に関わり、安全・安楽を基盤としたケアを提供したいという意欲の表れと考える。入所者にとって、人生の最終章の最後の時間を人としての尊厳され、かつその人らしい生活環境と専門的ケアの提供は、障害を負としての意味ではなく、その人の内面を充実させ価値観ある人生としての統合に寄与することを意味した。最後に、高齢者虐待に遭遇する機会がある看護職員は、認知症高齢者の身体の保護のみならず、虐待者との改善にも寄与できるケアを通して高齢者の代弁者として役割の拡大に努めていってほしい。

障害の起因となる慢性疾患や加齢による機能障害は高齢者全体の3割に達するという報告がある(Freedman, V, 2002/Cutler, 2001)。よって、慢性疾患のコントロールや予防で「生活障害」を作らないことが最も重要である。2005年、介護保険制度の見直しで予防に焦点化するようになったが、「生活障害」をつく

らないためには慢性疾患の自己管理が最も重要であろうと考える。加えて、医療技術の進歩に伴い、障害者支援にも大きな変化が生まれ、リハビリテーションによる機能維持や車いす革命による歩行機能の進歩、あるいは近い将来にはロボット導入等があるかもしれない。これらの変革が寝たきりゼロへと最後までwell-beingとしてのQOLケアがこれからも継続して求め続けられるであろう。

## VI. まとめ

看護師・介護職員の「障害」をもつ入所者ケアの認知では、ケアに関する認識もさることながら、ケアを拡大して仕事としての捉え方において、ケア以外の組織や人事という管理方面にまで認知が及んでいた。本研究で明らかになった点は以下の通りであった。

1. 看護師・介護職員の「障害」をもつ入所者ケアの認知には、《Disabilityの認知》《関わり方の視点》《仕事に対する認知》《今後の課題》の4つのカテゴリーと12のサブカテゴリーを発見した。
2. 「障害」をもつ入所者ケアへの看護師・介護職員の認知には相違と一致に分類できた。一致した認知では《“Disability”の概念の認知》と《関わり方の視点》であり、相違の認知は《仕事に対する認知》と《今後の課題》であった。
3. 看護師・介護職員のケア視点において、「障害者」に対して動揺と抵抗感を表出し、入所者に対して偏見を排し、自然に「普通人」として関わろうとする意識であった。また、「生活者」という認知は、人間の正・負の両側面のすべてを内包している「人間」と捉え、彼らの生活のすべてを看るという介護職員の認知であった。ケアの本質は自立目的で「できない部分」のサポートを中心に行なった。同時に、施設環境の中で人生の最終章をwell-beingとしてのQOLを維持できるように、かつ家族の代行者の役割を担いながらケアを遂行した。
4. 《仕事に対する認知》では、看護師・介護職員間に認知の相違が顕著であった。介護職員は、入所者の生活全般を担っているという自負をもち、やりがい感に繋げていた。看護師は医療の専門的領域にはやりがい感があったが、生活ケアには不満足



を表出した。

5. 仕事のストレスでは役割・立場で内容に相違があったが、共通のストレスは人間関係であり、他の安い報酬や人員不足のストレスより高かった。
6. “Disability”の概念は、機能障害 (impairment) を核とした ADL や IADL 低下であり、その影響が心理・精神機能や社会活動へ複合的にトータルに及ぼすと考えられていた。また、「負の連鎖」のパターンは長期の入所生活において、他者の言動や転倒等の外的要因で精神行動に変化が起き徐々に寝たきり・死に至ることを理論でなく、ケアを通して認知していた。
7. 《関わりの視点》では、入所者に対して患者より近いから家族のようにまでの認知範囲があり、看護師・介護職員の関わりの心理的距離と比例していた。また入所者理解では、看護師・介護職員の人生経験と相応し、個人の自己成長がケアの質を変えることに気づいていた。
8. 《今後の課題》は、介護職員は技術の専門性や教育の必要性に気づき、今後のケアの質の向上において必然的に重要であることを認知していた。

## VII. 引用文献

1. <http://www.roukyo.0r.jp>, 8.2, 2012
2. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2r98520000>, 8.2.2012
3. Branowski, T, Perry, C.H, Parcel, G.S: How individuals, environments, and health behavior intact, chap.8. Social Cognitive Theory, 165-183, HL 47618, CA61596, 2001
4. Brodaty, H, Draper, B, Low, Lee-Fray: Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work, Issues and innovations in nursing practice, 583-589, 2003
5. Brodaty, H, Draper, B, Saab, Dania, Low Lee-Fray: Psychosis, depression and behavioural disturbances in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors, Journal of Geriatric Psychiatry, 504-511, 2001
6. Cutler, D.M: Declining disability among the elderly, Health Affairs, 11-27, 2001
7. Davies, H.T.O, Nutley, S.M, Mannion, R: Organizational culture and quality of health care, Quality in Health Care, 111-119, 2000
8. De Jong, G.F, Wilmoth, J.M, Angel, J.L: Motives and the geographic mobility of very old Americans, Journal of Gerontological Nursing, vol.50B(6), s395-s404, 1995
9. Conway, K.S and Rork, J.C: The changing roles of disability, veteran, and socioeconomic status in elderly interstate migration, Research on Aging, vol.33(3), 256-285, 2011
10. Freedman, V.A, Martin, G.L, Schoeni, R.F: Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States, JAMA, vol.288(24), 3137-3145, 2002
11. Habeck, R.V, Leahy, M.J, Chan Fong: Employer factors related to workers' compensation claim and disability management, Rehabilitation counseling bulletin, vol.34(3), 210-225, 1991
12. Greco, S.M, Vincent, C: Disability and aging, Journal of Gerontological Nursing, vol.37(8), 2011
13. 介護サービス施設・事業所調, 48-50, 厚労省, 2009
14. 国民衛生の動向, vol.58(9), 39, 厚生統計協会, 2011
15. Lapane, K.L, Hughes, C.M: Considering the employee point of view: Perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes, JAMDA, 8-13, 2007
16. 水野敏子: 最新老年看護学; 日常生活のアセスメントと看護, 101-102, 日本看護協会出版会, 東京, 2011
17. 水戸美津子: 高齢者, 28, 中央法規, 東京, 2011
18. 南裕子 (監修), 操華子, 森岡崇他: 質的研究の基礎: グランデッドセオリーの技法と手順, 医学書院, 東京, 1999
19. 奥宮暁子, 宮川揚子他: 生活機能のアセスメントに基づく老年看護過程, 4-5, 医歯薬出版, 東京, 2012
20. Parker, D, Brosseau, L, Samant, Y: A comparison of the perceptions and beliefs of workers and owners with regard to workplace safety in small metal fabrication business, American journal of industrial medicine, vol.50, 999-1009, 2007
21. Zhang, Y, Flum, M, Nobrega, S: Work organization and health issues in long-term care centers, Journal of Gerontological Nursing, vol.37(5), 32-40, 2011